



Modulo

Dichiarazione di Consenso Informato

Pagina 1 di 1

**Dati Identificativi**

Cognome e nome del paziente \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

**Informazione:**

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa \_\_\_\_\_

dichiara di aver fornito al/alla paziente un'informazione completa ed esauriente relativamente:

- alla sua situazione clinica \_\_\_\_\_

- all'atto sanitario proposto: \_\_\_\_\_

Tramite

 colloquio personale consegna di scheda informativa scritta

Data \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Timbro e firma del medico**Espressione e Acquisizione del Consenso Informato**

Io, sottoscritto/a \_\_\_\_\_, dichiaro:

di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente:

sul mio stato di salute

sul tipo di procedura diagnostica/terapeutica propostami

sui benefici, le complicanze, i rischi, gli esiti (anche tardivi) ed i postumi ad essa associati

sulle conseguenze della mancata esecuzione della procedura proposta

sulle eventuali alternative diagnostiche/terapeutiche

composizione e ruoli dell'equipe di cura (incluso il personale non strutturato)

di essere a conoscenza della possibilità di **REVOcare** il presente consenso in qualsiasi momento prima dell'interventodi  **ACCETTARE** /  **NON ACCETTARE** liberamente, spontaneamente e in piena coscienza, l'atto sanitario proposto e che nel corso della procedura, qualora sia necessario, sia apportata la seguente variazione: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Paziente\_\_\_\_\_  
Timbro e firma del medico

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

in data \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_

**dichiaro di REVOcare il consenso**\_\_\_\_\_  
Firma del Paziente\_\_\_\_\_  
Timbro e firma del medico